

Ines Testoni, Fabio Lucidi

Il ruolo centrale della psicologia palliativa nei diversi contesti relazionali dell'aiuto a morire

(doi: 10.1421/115010)

Giornale italiano di psicologia (ISSN 0390-5349)

Fascicolo 4, dicembre 2024

Ente di afferenza:

()

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

Questo articolo è reso disponibile con licenza CC BY NC ND. Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it/>

ARTICOLO BERSAGLIO

IL RUOLO CENTRALE DELLA PSICOLOGIA PALLIATIVA NEI DIVERSI CONTESTI RELAZIONALI DELL'AIUTO A MORIRE

INES TESTONI¹ E FABIO LUCIDI²

¹ *Università degli Studi di Padova*, ² *Università La Sapienza di Roma*

Riassunto. L'articolo entra nel merito di alcuni aspetti emergenti per la psicologia contemporanea: il rapporto tra le cure palliative, il piano di cura condiviso con i malati a prognosi infausta, il rispetto della dignità del morente e della sua volontà, la gestione della richiesta di morire con l'aiuto del medico. Viene dunque considerato l'orizzonte normativo italiano in rapporto ad ognuno di questi nodi e quello che sancisce il ruolo dello psicologo come figura elettiva rispetto alla gestione di ogni passaggio. Poiché l'impianto fondativo etico delle cure palliative esclude la possibilità di considerare la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita, mentre al contrario il disegno di legge sull'eutanasia attualmente fermo in Senato presuppone che tale istanza preveda un percorso palliativo pregresso da parte del paziente, l'articolo riflette sulla possibilità da parte della psicologia palliativa di considerare la continuità terapeutica tra le due polarità, proponendo di utilizzare i termini alternativi proposti dalla prospettiva di Un Diritto Gentile a cui già si deve la legge 219/2017, per indicare tale continuità, con l'indicazione del passaggio dall'aiuto «nel» morire all'aiuto «a» morire. Questioni deontologiche e metodologiche sono infine considerate, sottolineando l'importanza della psicologia palliativa nell'adozione dell'approccio integrato richiesto in questo ambito di intervento, in funzione del rispetto dei principi di dignità e di autodeterminazione dei pazienti. Viene altresì messo in luce come nel campo della morte e del morire non sia possibile prescindere dal riconoscimento delle dinamiche psicologiche e sociali su cui si instituisce il senso e il valore attribuiti alla finitezza della vita.

1. EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO IN ITALIA E IN EUROPA

In Italia, come negli altri Paesi europei, si discute ormai da decenni della morte volontaria medicalmente assistita (MVMA), che in questa sede consideriamo solo rispetto al suicidio assistito e/o eutanasia attiva volontaria della persona maggiorenne, consistente nella pratica applicata a un paziente¹ capace di intendere e di volere che deliberatamente prende la decisione informata di porre fine alla propria vita con l'assistenza di un medico (Picón-Jaimes et al., 2022). La psicologia, da qualche anno, ha preso ad oggetto l'argomento e tali studi si

¹ In questo documento, il genere maschile viene usato come neutro, generico, universale, da intendersi come inclusivo di tutti gli altri generi e orientamenti sessuali. Adottiamo questa strategia espositiva per esigenze di semplificazione pur sapendo che il dibattito sulla questione di genere mette in luce l'inadeguatezza di questo stratagemma.

dimostrano tanto ineludibili quanto destinati a ulteriori sviluppi sia nella ricerca sia nell'intervento clinico e sociale (Ricou & Wainwright, 2018; Testoni, 2015). In Italia, un primo passo concreto in ambito professionale è stato compiuto dall'Ordine degli Psicologi del Lazio (OPLazio), il quale ha aperto una discussione al riguardo, coinvolgendo le principali categorie di specialisti chiamati in causa. Intorno a quel tavolo di lavoro, oltre agli psicologi, si sono confrontati medici, infermieri, bioeticisti e *stakeholders* del terzo settore per produrre il documento «Sofferenza e desiderio di morte: Le prassi dello psicologo, medico, infermiere a sostegno della persona» (OPLazio, 2023). Volto a mettere in luce la possibilità che si dia una continuità tra l'approccio delle Cure Palliative (CP) e la MVMA, in esso si sottolinea il valore delle competenze psicologiche richieste per gestire al meglio la sofferenza di chi desidera morire.

L'iniziativa si inserisce nel più vasto impegno internazionale teso a considerare la questione in modo consensuale, riducendo e risolvendo la tendenza a creare polarizzazioni da cui dipendono forti e sterili conflitti sociali (Striano et al., 2009; Testoni et al., 2014). In Europa, la MVMA è stata depenalizzata e/o legalizzata-regolamentata: in Svizzera, solo come suicidio assistito, dal 1942; in Olanda dal 2002 per gli adulti e con il Protocollo di Groningen dal 2005 per i minori; in Belgio dal 2003 per gli adulti e dal 2016 per i minori; in Lussemburgo dal 2009 e in Spagna dal 2021 solo per maggiorenni; infine in Austria dal 2022 per gli adulti e viene fatto divieto di applicarla a minori che non abbiano la possibilità di esprimere la propria volontà (Castro et al., 2016; Richardson, 2023).

In Italia, nonostante le numerose iniziative di democrazia partecipativa che hanno richiesto ai governi che si sono succeduti negli anni di gestire il problema, manca una legge in materia. Il testo unificato del d.d.l. C. n. 3101/2021 della XVIII legislatura, approvato alla Camera il 10 marzo 2022 e trasmesso al Senato come d.d.l. S. n. 2553/2022 XVIII leg. «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita» e infine come d.d.l. S. 912/2022 XVIII leg. «Disposizioni in materia di eutanasia» è ancora in attesa di approvazione. In linea con la maggior parte dei principi consolidati nei Paesi europei che prevedono la MVMA, il suddetto ddl stabilisce che il paziente debba essere: adeguatamente informato sulla propria condizione e sugli effetti irreversibili dell'assunzione del farmaco mortale; affetto da una patologia irreversibile con prognosi infausta o portatore di una condizione clinica irreversibile che cagioni sofferenze fisiche e psicologiche percepite come irriducibilmente intollerabili; tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale; capace di intendere e di volere e di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli. Viene richiesto altresì che egli sia stato previamente coinvolto in un percorso di CP. Nei Paesi in cui è am-

messa, la MVMA sui minori è applicabile se viene rispettata la volontà del paziente quando possibile, vi sia il pieno consenso consapevole e informato dei genitori, e la povera qualità di vita causi sofferenza insostenibile al minore fortemente dipendente dalla struttura ospedaliera a causa di una importante compromissione delle aspettative di vita e delle capacità di comunicare. Il d.d.l. S. 912 XVIII leg. invece non prevede che la MVMA sia valida anche per i minorenni.

Poiché in Italia non abbiamo ancora una legge che la regolamenti, attualmente la MVMA è normata dalla sentenza della Consulta della Corte costituzionale n. 242/2019, emessa a seguito dell'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale in cui era stata contestata la legittimità del divieto generalizzato di aiuto al suicidio – percorso giuridico al quale Marco Cappato deve la propria assoluzione dall'accusa di istigazione al suicidio per aver accompagnato in una clinica svizzera Fabiano Antoniani («DJ Fabo», Corte costituzionale, 2019). La sentenza 242/2019, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice Penale nella parte in cui prevede la punibilità di chi, pur nel rispetto delle modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 219 del 2017 «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», assecondi il paziente nel perseguimento del proprio scopo, stabilisce che è possibile aiutare una persona ammalata a morire. A sua volta, le condizioni che la sentenza 242/2019 pone sono che il paziente sia affetto da una malattia grave irreversibile fonte di intollerabili sofferenze fisiche e/o psicologiche; capace di prendere decisioni libere e consapevoli; dipendente da un trattamento di sostegno vitale (alimentazione, respirazione, idratazione e/o chemioterapia). La parificazione di chemioterapia e uso di dispositivi per l'alimentazione, la respirazione e l'idratazione procede in linea con la precedente sentenza emessa per il Caso Englaro, dalla Casazione Civile, sez. I, n. 21748 il 16 ottobre 2007, secondo cui «anche per i trattamenti tesi al prolungamento della vita altrui, come per qualunque altro trattamento medico, deve essere verificato se essi rechino un beneficio o un'utilità al paziente o non incorrano nel divieto di accanimento terapeutico». Le medesime cure oggi devono essere disciplinate nel rispetto della successiva legge 219/2017 che richiede il consenso informato del paziente offrendogli la possibilità di definire con chiarezza le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) anche rispetto ai dispositivi salva-vita.

2. TRA CURE PALLIATIVE E MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA

L'importanza del documento dell'OPLazio (2023) è dovuta al fatto che in Italia la discussione sulla MVMA si è sviluppata parallelamente

all'ambito delle CP. Tra i due tipi di intervento non esiste ancora una relazione esplicita, se non quella indicata dal d.d.l. S. 912, che invece il documento OPLazio vuole sviscerare, mostrando la continuità e non l'opposizione (*aut/aut*) tra i due approcci. Tale punto di vista è da considerarsi una innovazione nel panorama italiano, in quanto fino ad ora le CP sono state sviluppate come risposta alternativa all'anticipazione della morte. Infatti, come dichiarato dalla legge 38/2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», in accordo con le espressioni della *World Health Organization* (WHO), dell'*International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), della *European Association Of Palliative Care* (EAPC), nonché della Società Italiana di Cure Palliative (SICP), della Federazione Cure Palliative (FCP), le CP valorizzano la vita fino alla sua conclusione pur considerando la morte come un evento naturale, quindi, in quanto finalizzate a offrire sollievo a coloro che devono fronteggiare una patologia grave dall'esito potenzialmente infausto, non sono finalizzate né a prolungare né a ridurre il tempo di vita. Attualmente, il loro obiettivo fondamentale è quello di intervenire per lenire il «dolore totale» del paziente, il quale, come indicato dalla fondatrice delle CP Cicely Saunders (Saunders, 2000), investe l'interezza della persona quindi le sue dimensioni fisica, psicologica, socio-relazionale e spirituale (Clark, 2000; Wood, 2022).

Il d.P.C.M. del 12 gennaio 2017, avente per oggetto la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), stabilisce che devono essere istituite le Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della rete di CP che garantiscono appunto anche prestazioni professionali di tipo psicologico, con interventi differenziati per livelli di complessità ed intensità assistenziale a livello ambulatoriale, domiciliare specialistico: nelle UCP domiciliari, nei centri residenziali (hospice) e infine nei reparti ospedalieri per CP e per la terapia del dolore. La promozione delle CP sul territorio nazionale sembra essere il risultato di una risposta ad un sentimento latente nella popolazione, quello relativo al fatto che una imperante cultura che rimuove dagli scenari della vita quotidiana tanto la malattia quanto il morire relega queste fasi dell'esistenza all'interno delle strutture sanitarie. Sottratto al contesto familiare della propria abitazione, il malato rischia di trovarsi quindi in una condizione di isolamento e di abbandono, che può causare disperazione accendendo in lui il desiderio di morire (Iannello, 2019).

Nella loro prima definizione le CP erano previste per pazienti in fase terminale, ma per ridurre il rischio dianzi citato è stato promosso e sviluppato il *simultaneous care*, che prevede l'erogazione delle CP fin dalla diagnosi potenzialmente infausta (Zagonel et al., 2017). Finalizzato a prevenire un'estenuante e prolungata esperienza di dolore e

sofferenza e a coinvolgere l'intera rete relazionale del paziente, grazie al supporto delle CP domiciliari, questo modello riduce almeno nelle intenzioni il desiderio di anticipare la propria morte in quanto previene il vissuto di abbandono e disperazione. Tale intervento di tipo olistico – che rispetta i principi dell'umanizzazione delle cure in medicina, coinvolgendo diverse figure professionali per rispondere in modo appropriato ai bisogni, lenendo il dolore fisico e la sofferenza psicologica, sociale e spirituale/esistenziale del malato – deve altresì essere garantito a tutti coloro che si trovino in uno stato di significativa fragilità indipendentemente dalla prognosi (Knaul et al., 2018). Per prevenire le istanze di MVMA, causate da abbandono, dolore e disperazione, è stato quindi allestito a livello nazionale un sistema di supporto palliativo territoriale che permette a chi è afflitto da una malattia ad esito potenzialmente infausto di vivere l'ultimo tratto della vita con i propri cari gestendo a casa insieme a loro la convivenza con la malattia e l'elaborazione del senso di perdita (cfr. Watson et al., 2019).

Le CP, però, per quanto applicate in modo ottimale fin dalla diagnosi e capaci di ridurre la maggior parte delle richieste di MVMA, di fatto non è detto che siano in grado di prevenire sempre e assolutamente la volontà del malato di morire (Quill & Battin, 2004). Come il documento dell'OPLazio (2023) discute, questo problema deve essere affrontato nel rispetto del paziente e della sua autodeterminazione, come previsto dalla legge 219/2017 e da tutti i codici professionali delle figure che compongono il team di CP (TCP): medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e – quando presenti – educatori professionali. E poiché il desiderio di morte appartiene interamente alla fenomenologia della sofferenza psicologica, il contributo della psicologia, pur integrato con i saperi specialistici degli altri ambiti professionali, risulta inevitabilmente essere di primaria importanza, su più livelli, da quello relativo al supporto palliativo integrato per la risposta più adeguata ai bisogni esistenziali ed emotivo-relazionali del malato fino al riconoscimento dei fattori implicati nella richiesta di MVMA insieme alle ulteriori istanze di sostegno per lui e per i familiari.

3. IL RUOLO DELLA PSICOLOGIA NELLA CONTINUITÀ TRA CURE PALLIATIVE E MVMA: ASPETTI GIURIDICI E PROFESSIONALI

La psicologia definita *palliativa* si iscrive interamente nel contesto delle CP erogate dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) su tutto il territorio grazie alla legge 38/2010, la quale garantisce che venga rispettato integralmente il diritto del paziente di essere riconosciuto come persona nell'intero ciclo della vita e in particolare durante i momenti di estrema fragilità che comportano la morte; poter ricevere continua assistenza e

cure adeguate nel luogo desiderato; ottenere sollievo dal dolore e dalla sofferenza psicologica, esistenziale e spirituale. La psicologia palliativa è un sapere specifico che ha ormai guadagnato una quantità significativa di evidenze empiriche che confermano l'affidabilità dei suoi costrutti anche in questo ambito (Elk, 2019; Meier et al., 2016; Ramos et al., 2018; Strada, 2017; Testoni, 2020; Testoni et al., 2022).

L'orientamento del legislatore, nel fare perno sulla valorizzazione della «dignità» del malato e tenendo in massima considerazione il rispetto che l'individuo nutre per sé stesso parimenti a quello di chi si relaziona a lui, ha dunque esplicitamente valorizzato il ruolo dello psicologo. La dignità è infatti un asse giuridico portante, promosso dai Diritti Umani Universali (Valentini, 2017), il quale, al di là e oltre la dimensione normativa, non può prescindere da quella psico-relazionale, poiché qualsiasi atteggiamento de-individuante, deumanizzante e/o coercitivo che limiti le possibilità di sentirsi padroni di sé anche nelle condizioni di estrema fragilità mettono gravemente a repentaglio la possibilità di sentirsi integralmente rispettati in quanto persone. Per queste ragioni il legislatore ha rimarcato la funzione dello psicologo nell'articolo 5 della medesima legge, presentandolo come componente del TCP. Peraltro, quello della dignità è l'asse del Codice Deontologico delle Psicoghe e degli Psicologi Italiani (CDPPI), il quale nel capitolo 4 esplicita chiaramente che:

Nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità. Lo psicologo utilizza metodi e tecniche salvaguardando tali principi, e rifiuta la sua collaborazione ad iniziative lesive degli stessi. Quando sorgono conflitti di interesse tra l'utente e l'istituzione presso cui lo psicologo opera, quest'ultimo deve esplicitare alle parti, con chiarezza, i termini delle proprie responsabilità ed i vincoli cui è professionalmente tenuto. In tutti i casi in cui il destinatario ed il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario dell'intervento stesso (CDP, 2006)².

Una funzione ancora più definita è offerta dal paragrafo 5 dell'articolo 1 della legge 219/2017, in cui si indica la possibilità di ricor-

² Il principio dignità è ulteriormente valorizzato nel primo principio etico del nuovo CDPPI (2023), in quale recita: «Le psicoghe e gli psicologi rispettano e promuovono i diritti fondamentali della dignità e del valore di tutte le persone e degli animali. In particolare, operano per la promozione della libertà, dell'autonomia e del benessere psicologico, nel rispetto della soggettività di ciascuna persona, gruppo o comunità», ripreso nel terzo principio etico e in particolare negli artt. 9 e 31 il valore del consenso informato (CDPPI, 2023).

rere ai servizi di psicologia nei casi più complessi relativi ai processi decisionali della pianificazione condivisa delle cure (PCC). Tale articolo risulta essere cruciale in quanto è stato ripreso dalla sentenza 242/2019 nel fare riferimento alla necessità da parte del medico curante di promuovere «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Tutte le espressioni della sofferenza, secondo il giudice costituzionale, sia fisiche sia psicologiche richiedono «il promovimento delle azioni di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore, presupponendo una conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza». Il d.P.C.M. del 12 gennaio 2017 ha ulteriormente valorizzato il ruolo dello psicologo e dello psicoterapeuta inserendolo tra le prestazioni che i LEA sono tenuti a fornire, con una attenzione specifica alle CP: «Il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito della rete locale di CP garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni psicologiche».

La costellazione dei numerosi dispositivi giuridici che rimarcano l'importanza della psicologia nella promozione della salute e della qualità della vita anche nell'ambito delle CP ha dunque portato il legislatore a comprendere quella dello psicologo tra le professioni sanitarie, grazie alla conversione in legge da parte del Senato della Repubblica del d.d.l. Lorenzin (legge 3/2018 «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute»). Il ruolo dello psicologo è dunque valorizzato anche dal d.d.l. S. 912 – XVIII leg., il quale stabilisce che la richiesta di MVMA prevede che il medico prospetti alla persona ammalata ed eventualmente anche ai suoi familiari le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative, promuovendo «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Viene altresì previsto che il medico rediga un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche e psicologiche del richiedente e sulle motivazioni sottostanti a tale istanza, presupponendo quindi una fase diagnostica psicologica, peraltro finalizzata anche a stabilire se la volontà di morire sia persistente e ancora presente nell'imminenza dell'intervento finale. Il d.d.l. sottolinea ulteriormente che nella gestione di una richiesta di MVMA, il SSN deve garantire le procedure necessarie ad assicurare il sostegno psicologico tanto al paziente quanto ai suoi familiari. Inoltre, lo psicologo dovrebbe essere componente della figura introdotta dall'articolo 7 relativa ai Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali, atti a presidiare le scelte di MVMA presentate dai medici.

Il ruolo dello psicologo è dunque ormai stato enfatizzato a livello giuridico in modo inequivocabile per quanto riguarda la necessità di sostenere la condizione psicologica del paziente e dei suoi familiari prima, durante e dopo il *breaking bad news* (Munoz Sastre et al., 2011; Paul, 2009). In particolare, vista anche la difficoltà di uso dei codici linguistici legati al dolore (Cacciari, 2023) vengono valorizzate le sue competenze per la gestione delle funzioni diagnostiche, di supporto, *counseling* e psicoterapia finalizzate al monitoraggio e al miglioramento della qualità della vita della persona sofferente. L'ulteriore finalità è quella di garantire il rispetto della dignità, intesa come fattore che se non adeguatamente gestito porta alla disperazione e conseguentemente al desiderio di morte (cfr. Testoni, 2020).

Come altresì indicato dal Gruppo Tecnico Psicologia Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore del CNOP (2023), per le competenze che è in grado di garantire, lo psicologo è dunque un attore fondamentale nelle CP a livello sia di base sia specialistico. Al primo livello (definito di base) questa figura è in grado di soddisfare i bisogni psicologici del malato, supportando la terapia del dolore, rilevando l'impatto della malattia sul paziente e sulla famiglia, per un verso attraverso la valutazione e l'intervento per la riduzione dei livelli di disagio e per l'altro attraverso il riconoscimento precoce delle possibili complicazioni dovute alla biografia del malato e alle caratteristiche della sua rete di relazioni; offrire una particolare attenzione ai processi legati alle rappresentazioni della morte e alla loro interazione con l'esperienza del morire, e fornisce un aiuto adeguato per la gestione dell'ansia, della depressione e della demoralizzazione, individuando eventuali criticità rispetto a problemi psichiatrici pregressi (cfr. Testoni, 2020). Non deve essere altresì sottovalutato il contributo integrato che egli è in grado di offrire rispetto alla dimensione spirituale. La ricerca più recente nel campo della psicologia della spiritualità e della religione risulta essere di particolare importanza in questo ambito e la letteratura in proposito è ormai molto vasta, mettendo in evidenza come la prima sia più originaria e più universale della seconda (cfr. Bovero et al., 2019; Breitbart et al., 2004; Moss & Dobson, 2006; Selman et al., 2007). Ciò comporta che sia possibile intervenire per potenziare il suo effetto positivo sulla resilienza, con appropriati interventi psicologici volti a consolidare il rapporto della persona sofferente con la propria trascendenza, senza entrare nel merito di contenuti disciplinati da culti specifici (Testoni, 2022).

A livello specialistico, lo psicologo è in grado di offrire il proprio *expertise* in tutti i domini delle CP e conosce le caratteristiche psico-

logiche di ogni specifica patologia (Haley et al., 2003; Kasl-Godley et al., 2014; Kozlov et al., 2018); lavorare in ogni fase della patologia fino alla morte, in tutti i setting e contesti culturali, collaborando all'interno del TCP e fornendo allo stesso il proprio contributo per ottimizzare e implementare il lavoro di équipe (crf. Brighton et al., 2019; O'Connor & Fisher, 2011; Reid et al., 2006); diagnosticare e garantire terapie utili per la depressione maggiore, i disturbi d'ansia, il lutto complicato, l'ideazione suicidaria; prendere in cura pazienti con gravi malattie mentali, come pure di gestire e comprendere le implicazioni etiche legate alla PCC, supportando il paziente e la famiglia nel processo decisionale (Fraguell-Hernando et al., 2020; von Blanckenburg & Leppin, 2018). Ad un ulteriore livello di specializzazione, lo psicologo è in grado di garantire un intervento di supporto e terapia nelle CP pediatriche e per patologie neurodegenerative (Edlynn & Kaur 2016; Kristjanson et al., 2003; Ng, 2018; Rush et al., 2023; Santini et al., 2022).

In conclusione, possiamo dire che innanzitutto l'obiettivo della psicologia palliativa è quello di affrontare le specifiche esigenze psicologiche ed esistenziali dell'ammalato, della famiglia, e dello stesso TCP, considerando in modo precipuo la gamma di sentimenti e preoccupazioni da loro vissuti, mettendo altresì a disposizione strumenti idonei per la diagnosi e il trattamento di quadri clinici complessi che il fine-vita naturalmente comporta. Va comunque sottolineato che per quanto il dispositivo psicologico aiuti a prevenire le richieste di MVMA non possiamo stabilire che possa farlo in termini assoluti. Dato il contesto legislativo e normativo professionale attuale, ciò comporta che le stesse competenze psicologiche richiedono di essere messe a disposizione di chi vuole morire e di coloro che appartengono alla sua rete relazionale, a partire dall'intervento che la psicologia palliativa mette a disposizione nei suoi livelli di base (generali) e specialistiche, con una particolare attenzione alla comprensione e capacità di riconoscere e intervenire: nelle diverse traiettorie delle patologie mortali e delle loro implicazioni psicologiche anche in funzione prognostica rispetto alle possibili richieste di morte; nei diversi contesti culturali e valoriali rispetto alla gestione del fine-vita; nei diversi livelli di *distress* dovuti a depressione maggiore e a disordini mentali causati dall'ansia o da disagio psichico; nel rapporto con le famiglie dei pazienti per gestire relazioni disfunzionali che aumentino i livelli di distress del paziente e per gestire il lutto dalla fase anticipatoria fino alla chiusura, quando necessario. Ulteriori competenze specifiche riguardano gli interventi di natura olistica che aiutano a gestire e elaborare l'istanza di morte garantendo un accompagnamento adeguato (Galbraith & Dobson, 2000; Sanson et al., 1998).

4. IL COSTRUTTO DI «AIUTO A MORIRE» E IL RUOLO DELLA PSICOLOGIA PALLIATIVA TRA PREVENZIONE DELLA DISPERAZIONE E RISPETTO DELLA VOLONTÀ DEL PAZIENTE

La contrapposizione tra MVMA e CP passa attraverso il costrutto di «alternativa possibile» assumendo una rilevanza sostanziale nelle scelte che riguardano il rapporto preventivo che le CP possono garantire (Gordijn & Janssens, 2004). Come dimostrato con il dispositivo della *Dignity Therapy* (DT) ideato da Harvey Max Chochinov (Chochinov et al., 2012), dopo una significativa serie di studi, molte delle ragioni per le quali viene richiesta la MVMA sono legate al fatto che il paziente sente messa duramente a repentaglio la propria dignità. Secondo questo modello, un intervento psicologico adeguato, finalizzato alla tutela e alla restituzione di dignità alle persone gravemente ammalate e in fase terminale può essere efficace per prevenire il desiderio di morire. La DT garantisce ascolto empatico, riconoscimento e comprensione che, insieme a un intervento palliativo appropriato, permette al paziente di fronteggiare più agevolmente le grandi difficoltà dell'ultimo tratto della vita (Chochinov et al., 2012; Fitchett et al., 2015).

Alcuni nodi psicologici, però, che fondano il concetto di dignità assunto dall'impianto normativo italiano e internazionale, come per esempio quelli di autodeterminazione, sofferenza esistenziale, valore morale, esperienza di perdita, sono i medesimi che giustificano la possibile continuità tra CP e MVMA. Sia la legge 219/2017 sia la sentenza 242/2019, sia il CDPI come dianzi esplicitato, similmente ai codici deontologici delle altre professioni implicate nelle CP mettono in primo piano infatti il rispetto della volontà del paziente, riconoscendo così il valore fondamentale su cui si erige il rispetto della persona anche quando sia nello stato di estrema fragilità, il quale implica il riconoscimento della sua autodeterminazione e dunque delle scelte derivanti dal suo non subire decisioni altrui rispetto ai destini del proprio corpo. In ambito squisitamente psicologico, l'importanza di questo costrutto è stata messa interamente in luce dalla *Self-Determination Theory* (SDT; Ryan & Deci, 2002; Vallerand, 2000) interessata alla promozione del benessere delle persone e tesa ad offrire agli individui la possibilità di operare scelte in virtù della propria motivazione intrinseca. I tre domini indicati dalla SDT entro cui tale possibilità si esprime, permettendo di conferire senso alle diverse condizioni esistenziali per superare le difficoltà lungo tutto l'arco della vita, sono quelli di *competenza*, relativo al sentirsi in grado di affrontare le prove più difficili; *autonomia*, avendo la possibilità di scegliere obiettivi e strumenti; *relazionalità*, ovvero di poter mantenere un rapporto positivo con gli altri significativi nel rispetto delle differenze. Il principio unificatore di tutti i tratti che partecipano alla valorizzazione dell'au-

todeterminazione consiste nel riferimento a ciò che viene considerato bene e male e alle dinamiche di costruzione di senso (*meaning management*) che permettono di fare delle valutazioni su ciò che è preferibile e ciò che non lo è. Lo psicologo è dunque la figura deputata a supportare il paziente e i suoi familiari in ogni fase critica della malattia, aiutandoli nei processi decisionali nelle tappe del PCC, garantendo il sostegno necessario per la gestione dell'angoscia di morte e le difficoltà relazionali che da questa derivano.

Se l'obiettivo è quello di rispettare integralmente la dignità del malato, e se il legislatore riconosce questo diritto attribuendo allo psicologo il compito di tutelarne l'osservanza, per quanto discusso fin qui è inevitabile concludere che tra aiuto «nel» morire (CP) e aiuto «a» morire (MVMA) non possa più sussistere un rapporto mutualmente esclusivo di tipo *aut/aut* e che dunque debbano essere individuati costrutti idonei che allestiscano un linguaggio appropriato in grado di togliere contrasti ideologici che hanno polarizzato la storia italiana del recente passato (si vedano i casi «Welby» ed «Englaro»). E come espresso nel *Documento Learning From Suffering & Dying* (LFSD, 2023)³ «Necessità di una formazione specifica per l'acquisizione di competenze relazionali in contesti di vulnerabilità, nelle decisioni terapeutiche condivise e nelle cure palliative», al cui interno è stato assunto quanto proposto in ambito giuridico dagli studiosi appartenenti a «un Diritto Gentile» (Zatti, 2012), grazie ai quali la legge 219/2017 ha preso forma, per dirimere la contrapposizione tra MVMA e CP è possibile assumere il costrutto omnicomprensivo di «aiuto a morire» in sostituzione di MVMA. LFSD mette in primo piano il fatto che purtroppo, le tematiche della morte e del morire sono state rimosse dalla vita reale e, come argomentato dalla *The Lancet Commission on the Value of Death* (Smith et al., 2018), anche dai processi formativi scolastici e universitari. Questo significa che ad oggi anche in Italia il personale sanitario è impreparato a gestire relazioni critiche come lo sono quelle che si instaurano con ammalati e familiari che debbano misurarsi con malattie mortali ormai incurabili. L'ulteriore censura relativa a tutto ciò che riguardi sofferenza e degenerazione del corpo ha reso le persone comuni incapaci di affrontare questo tipo di esperienza e di prevederne o anche solo immaginarne la possibilità. Da tale situazione generale deriva che né familiari e caregivers informali e parallelamente neppure professionisti della salute abbiano a disposizione categorie, rappresentazioni e un linguaggio che faciliti la relazione e la comunicazione in tali situazioni. Per quanto riguarda le cure palliative, l'articolo 8 della legge

³ <https://bit.ly/3nKKgpe>.

38/2010 ha dato vita a un Tavolo bilaterale MUR/Ministero della Salute coordinato da Guido Biasco, finalizzato alla definizione dell'inserimento di crediti formativi nei corsi *pre* e *post lauream* di medicina, infermieristica, psicologia e servizio sociale rispetto a queste tematiche. Nello specifico, il documento prodotto dal suddetto Tavolo è stato inviato dal MUR a tutti i rettori delle università italiane (MUR, 2020), definendo i contenuti per l'acquisizione di tali competenze. Al di là di questo investimento formativo sulle cure palliative, che peraltro per quanto riguarda la psicologia rimane ancora sostanzialmente lettera morta, purtroppo al momento attuale non è fatta menzione in alcun luogo, se non nel documento LFSO (2023) a una formazione appropriata rispetto al rapporto tra cure palliative e MVMA. La prospettiva adottata dal documento LFSO (2023) è centrata sul contesto relazionale, all'interno del quale, come esplicita Piccinni (2023, pp. 167-168), è necessario operare un bilanciamento tra gli interessi e le visioni etiche in campo in vista dello scopo ultimo di promuovere il pieno sviluppo della persona umana, nella tutela e nella promozione dei «diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni ove si svolge la sua personalità» (si vedano gli artt. 2 e 3 della Costituzione). Tutto ciò richiede che l'aiuto a morire, nelle diverse fasi della presa in carico del paziente dalle CP e PCC fino alla gestione delle DAT non possa prescindere dai livelli innanzitutto psicologico e culturale che informano tanto il rapporto con il paziente e i familiari quanto i livelli più squisitamente tecnici e organizzativi che ineriscono al TCP e ai suoi rapporti con gli organismi di tutela e controllo, ove peraltro le ingerenze ideologiche non necessarie nelle scelte individuali o le burocratizzazioni inutili sono da evitare. L'aiuto «a» morire si configura quindi in continuità con l'aiuto «nel» morire, in cui consistono le CP e in cui si iscrive anche la desistenza terapeutica (Piccinni, 2023).

La difficoltà consiste nel fatto che culturalmente le società mediche sono restie ad accogliere l'istanza normativa volta a offrire una risposta positiva alla richiesta di morire da parte del paziente (Abohamid et al., 2019; Bosshard et al., 2008). Il valore imprescindibile della competenza psicologica rispetto a questa resistenza è già stato fondato dal *Council of Europe* (COE, 1976), il quale stabilisce che debba essere garantita a tutte le persone la possibilità di «prepararsi psicologicamente ad affrontare il fatto della morte» fornendo quindi al personale curante – medici, infermieri e assistenti – una «formazione di base per consentirgli di discutere questi problemi con le persone che si avvicinano alla fine della vita».

L'approccio integrato su cui si basano le CP richiede dunque in modo inequivocabile competenze psicologiche essenziali per poter predisporre tecniche e strategie atte a rilevare e gestire a livello re-

lazionale e comunicativo il distress esistenziale tanto del paziente quanto dei caregiver professionali e informali che si relazionano con lui. Un intervento psicologico che si muove in questa direzione è certamente un aspetto cruciale per la prevenzione della richiesta di anticipazione della fine, ma è anche uno strumento ineludibile nell'accompagnamento stesso del malato che abbia deciso di morire, come pure di tutti coloro che si sono presi cura di lui fino a quel momento.

5. CONCLUSIONI

L'articolo ha messo in luce il percorso giuridico e normativo che anche in Italia si sta sviluppando intorno a CP e MVMA, il quale impegna la psicologia e la professione dello psicologo in una riflessione ulteriore. Se, per quanto riguarda la psicologia palliativa, è già possibile dire che esistono le evidenze e le competenze necessarie per garantire il supporto necessario al malato grave per permettergli di non cadere nella disperazione, altrettanto non si può dire rispetto alla grande sfida che riguarda la gestione della sua richiesta di anticipazione della propria fine in modo inequivocabile. La possibilità di prevenire, grazie a un supporto psicologico adeguato, la richiesta di anticipazione della propria morte non è infatti assoluta e quindi è necessario cominciare a considerare come trasformare l'aiuto *nel* morire in aiuto *a* morire nei casi in cui la volontà del paziente sia irriducibile. Con l'accezione «aiuto a morire» è possibile assumere tale continuità, che sostanzialmente significa riconoscere i limiti che dinanzi anche all'individuo più debole la comunità curante deve saper rispettare, senza togliergli il supporto necessario. In proposito, il CDPPI è chiarissimo, in quanto all'articolo 3 dichiara che:

Lo psicologo è consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri; pertanto deve prestare particolare attenzione ai fattori personali, sociali, organizzativi, finanziari e politici, al fine di evitare l'uso non appropriato della sua influenza, e non utilizza indebitamente la fiducia e le eventuali situazioni di dipendenza dei committenti e degli utenti destinatari della sua prestazione professionale⁴.

⁴ In proposito, il CDPPI si muove all'unisono con il vecchio Codice, in quanto all'articolo 3 dichiara che gli psicologi devono «evitare l'uso inappropriato della loro influenza, e non utilizzare indebitamente la fiducia e le eventuali situazioni di dipendenza di committenti e persone destinatarie della loro prestazione professionale», altresì all'articolo 4 esplicita che essi «riconoscono le differenze individuali, di genere e culturali, promuovono inclusività, rispettano opinioni e credenze e si astengono dall'imporre il proprio sistema di valori».

Su questa linea, un argomento cruciale che richiede un'approfondita riflessione è quello inerente alla dimensione spirituale e religiosa che, per quanto tradizionalmente gestita dalle scienze religiose, appartiene a pieno titolo anche al dominio della psicologia (si veda il vasto contributo critico della Divisione 36 dell'APA). Si tratta di un ambito al quale ci riferiamo in conclusione solo in forma tangenziale, in quanto è proprio in siffatto contesto che si danno le sfide più significative da gestire a livello tanto sociale quanto familiare e individuale. La prima difficoltà riguarda l'adesione ad un credo da parte dello psicologo e quindi la necessità che, nel rispetto di quanto indicato dal CDP, egli sappia riconoscere se è in grado di mantenere la dovuta distanza dalla sfera personale, o se sia il caso che scelga la strada dell'obiezione di coscienza. Peraltro, la letteratura mostra come il tema dell'obiezione di coscienza chiami comunque ulteriormente in appello la psicologia per superare l'impasse causato dalla posizione personale del singolo psicologo obiettore, per un verso per gli effetti che questo tipo di scelta causa nelle persone che richiedono al sistema sanitario un intervento destinato ad esser loro negato in nome di un valore etico che esse non riconoscono, per l'altro per gli effetti che il procurare la morte causa in chi è assolutamente contrario a questo tipo di pratica (Dumont & Maclure, 2019; Kono et al., 2023; Martins-Vale et al. 2023; Ortega-Galán et al., 2022). In linea con queste tematiche legate all'intrinseca ambivalenza che caratterizza il tema della scelta di morte volontaria, l'ulteriore difficoltà riguarda la competenza bioetica che lo psicologo deve poter sempre garantire nel proprio lavoro di accompagnamento e sostegno, al fine di aiutare pazienti e familiari nella gestione delle dissonanze che possono darsi per l'incapacità di prendere decisioni in armonia con il proprio credo. In questo senso, ancora una volta, si ribadisce l'importanza della professionalità dello psicologo basata sulla massima considerazione per l'autonomia del malato, sostenuto dalla sua rete di relazioni significative (coniunti, fiduciari e amministratore di sostegno), che possa rappresentarne al meglio, quando necessario, interessi e volontà secondo una visione delle cure centrate sul malato e sulla sua famiglia e non più sul medico e/o sulla malattia (Barbisan et al., 2014). Già pochi sono gli studi in grado di fornire indicazioni chiare sui corretti approcci psicologici ai pazienti in cure palliative basate su *randomized clinical trial* (per una recente meta-analisi, si veda Nowels, 2023) e ancora di meno sono quelli che investigano temi legati al desiderio di morte e l'approccio al paziente che lo esprime. Per questa ragione, la definizione dell'approccio a questi temi non può prevedere l'adozione di stringenti e codificati protocolli di comportamento clinico basati su evidenza certa. Questo ovviamente non significa accettare la falsa dicotomia che da una parte colloca linee-guida basate sull'evidenza e

dall'altra la *deregulation*, in cui ciascuno è libero di comportarsi come meglio ritiene, bensì valorizza l'opportunità di personalizzare l'intervento sul singolo paziente, mantenendolo del tutto ancorato alle conoscenze disponibili, ma passando dal modello utile ma non sempre applicabile di intervento *evidence-based* a quello più dinamico di intervento *knowledge-based* (es. Bertolini, 2014). Non si tratta ovviamente di negare il valore dei dati empirici ma di attribuire rilevanza a criteri idiografici e all'utilizzo di approcci qualitativi, permette così di valorizzare le conoscenze disponibili per intercettare i bisogni del singolo paziente e realizzare appropriati interventi.

BIBLIOGRAFIA

- Abohamed, S., Matar, B., Al-Shimali, H., Al-Thalji, K., Al-Othman, O., Zurba, Y., & Shah, N. (2019). Attitudes of physicians towards different types of euthanasia in Kuwait. *Medical Principles and Practice: International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 28(3), 199-207. <https://doi.org/10.1159/000497377>
- Barbisan, C., Casonato C., Palermo Fabris, E., Piccinni, M., & Zatti, P. (2014). Parte III. Aspetti etici e giuridici nelle insufficienze croniche d'organo «end-stage». *Recenti Progressi in Medicina*, 105(1), 40-44. <http://dx.doi.org/10.1701/1398.15556>
- Bertolini, G. (2014). Da una medicina basata sulle evidenze a una medicina basata sulle conoscenze. *Recenti Progressi in Medicina*, 105(1), 7-8. <http://dx.doi.org/10.1701/1398.15553>
- Bosshard, G., Broeckeaert, B., Clark, D., Materstvedt, L. J., Gordijn, B., & Müller-Busch, H. C. (2008). A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. *Journal of Medical Ethics*, 34(1), 28-32. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.018911>
- Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Opezzo, M., Giono-Calvetto, F., & Torta, R. (2019). The spirituality in end-of-life cancer patients, in relation to anxiety, depression, coping strategies and the daily spiritual experiences: A cross-sectional study. *Journal of Religion and Health*, 58(6), 2144-2160. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00849-z>
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S. R., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(6), 366-372. <https://doi.org/10.1177/070674370404900605>
- Brighton, L. J., Selman, L. E., Bristowe, K., Edwards, B., Koffman, J., & Evans, C. J. (2019). Emotional labour in palliative and end-of-life care communication: A qualitative study with generalist palliative care providers. *Patient Education and Counseling*, 102(3), 494-502. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.013>
- Cacciari, C. (2023). *Parole difficili. Viaggio nella semantica del dolore*. Il Mulino.
- Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., Hack, T. F., & Hassard, T. (2012). Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care. *Palliative & Supportive Care*, 10(1), 3-15. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000538>

- Clark, D. (2000). Total pain: The work of Cicely Saunders and the hospice movement. *American Pain Society Bulletin*, 10(4), 13-15.
<https://eprints.gla.ac.uk/56632/>
- Codice Deontologico degli Psicologi (2006).
https://www.opl.it/mobile/Codice_deontologico.pdf.
- Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani (2023).
https://www.psy.it/wp-content/uploads/2023/08/CDPI_-2023-clean-con-premessa-etica-1.pdf.
- Corte costituzionale (2019). *Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale*. <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>.
- Council of Europe (1976). *Recommendation 779 on the Rights of the Sick and Dying: Parliamentary Assembly Council of Europe*. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=14813&lang=en>.
- D.d.l. C. n. 3101 XVIII leg. (2021). *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*. <https://www.camera.it/leg18/126?leg=18&idDocumento=3101>.
- D.d.l. S. 912 XVIII leg. (2022). *Disposizioni in materia di eutanasia*.
<https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/50870.htm>.
- Documento Learning From Suffering & Dying (LFS D) (2023). *Necessità di una formazione specifica per l'acquisizione di competenze relazionali in contesti di vulnerabilità, nelle decisioni terapeutiche condivise e nelle cure palliative*. https://endlife.psy.unipd.it/?page_id=3864.
- Dumont, I., & Maclure, J. (2019). Conscientious objection to medical assistance in dying: A qualitative study with Quebec physicians. *Canadian Journal of Bioethics*, 2, 110-134.
<https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/cjbio2&i=208>.
- Edlynn, E., & Kaur, H. (2016). The role of psychology in pediatric palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 19(7), 760-762.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0175>
- Elk, R. (2019). Palliative psychology: Clinical perspectives on an emerging specialty. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(3), 548-549.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.018>
- Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., & Wilkie, D. J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: A systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1186%2Fs12904-015-0007-1>
- Fraguell-Hernando, C., Limonero, J. T., & Gil, F. (2020). Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: A pilot study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(10), 4803-4811. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>
- Galbraith, K. M., & Dobson, K. S. (2000). The role of the psychologist in determining competence for assisted suicide/euthanasia in the terminally ill. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 41(3), 174-183.
<https://doi.org/10.1037/h0086867>
- Gordijn, B., & Janssens, R. (2004). Euthanasia and palliative care in The Netherlands: An analysis of the latest developments. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 12(3), 195-207.
<https://doi.org/10.1023/B:HCAN.0000044926.05523.ef>
- Gruppo Tecnico Psicologia Cure Palliative Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore (2023). *Profilo dello psicologo in cure palliative e terapia del dolore e cure palliative pediatriche*.

- Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., Neimeyer, R. A., & Kwilosz, D. M. (2003). Roles for psychologists in end-of-life care: Emerging models of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(6), 626-633. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.6.626>
- Iannello, C. (2019). Il diritto di morire tra autodeterminazione terapeutica, trasformazione della sovranità e rifiuto sociale della morte. *Bioderecho.es*, 9, 1-22. <https://doi.org/10.6018/bioderecho.372911>
- Kasl-Godley, J. E., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *The American Psychologist*, 69(4), 364-376. <https://doi.org/10.1037/a0036735>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodríguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., Rajagopal, M. R., & Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – An imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- Kono, M., Arai, N., & Takimoto, Y. (2023). Identifying practical clinical problems in active euthanasia: A systematic literature review of the findings in countries where euthanasia is legal. *Palliative & Supportive Care*, 21(4), 705-713. <https://doi.org/10.1017/s1478951522001699>
- Kozlov, E., Niknejad, B., & Reid, M. C. (2018). Palliative care gaps in providing psychological treatment: A review of the current state of research in multidisciplinary palliative care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(3), 505-510. <https://doi.org/10.1177/1049909117723860>
- Kristjanson, L. J., Toye, C., & Dawson, S. (2003). New dimensions in palliative care: A palliative approach to neurodegenerative diseases and final illness in older people. *The Medical Journal of Australia*, 179(S6), S41-S43. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05578.x>
- Martins-Vale, M., Pereira, H. P., Marina, S., & Ricou, M. (2023). Conscientious objection and other motivations for refusal to treat in hastened death: A systematic review. *Healthcare*, 11(15), articolo 2127. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152127>
- Meier, E. A., Scheiber, C., & Montross-Thomas, L. P. (2016). Moving toward a field of palliative psychology. *Journal of Palliative Medicine*, 19(4), articolo 351. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0480>
- Ministero dell'Università e della Ricerca (2020). <https://www.miur.gov.it/web/guest/lauree-e-lauree-magistrali>
- Moss, E. L., & Dobson, K. S. (2006). Psychology, spirituality, and end-of-life care: An ethical integration? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 47(4), 284-299. <https://doi.org/10.1037/co2006019>
- Munoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2011). Breaking bad news: The patient's viewpoint. *Health Communication*, 26(7), 649-655. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.561919>
- Ng, J. S. C. (2018). Palliative care for Parkinson's disease. *Annals of Palliative Medicine*, 7(3), 296-303. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.12.02>
- Nowels, M. A., Kalra, S., Duberstein, P. R., Coakley, E., Saraiya, B., & Kozlov, E. (2023). Palliative care interventions effects on psychological distress: A systematic review & meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(6), e691-e713. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.02.001>

- O'Connor, M., & Fisher, C. (2011). Exploring the dynamics of interdisciplinary palliative care teams in providing psychosocial care: «Everybody thinks that everybody can do it and they can't». *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 191-196. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0229>
- Ordine degli Psicologi del Lazio (2023). Sofferenza e desiderio di morte, le prassi dello psicologo, medico, infermiere a sostegno della persona. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1689598242.pdf>.
- Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Alcaraz-Córdoba, A., Gómez-Beltrán, P. A., Díaz-Morales, D., & Ortiz-Amo, R. (2022). Nursing students' perceptions of euthanasia legislation: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 116, articolo 105466. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105466>
- Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H., & Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European Journal of Cancer*, 45(17), 2960-2966. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.08.013>
- Piccinni, M. (2023). Una legge «gentile» sull'aiuto medico a morire? *BioLaw Journal/Rivista di BioDiritto*, 1, 167-176. <https://doi.org/10.15168/2284-4503-2628>
- Picón-Jaimes, Y. A., Lozada-Martinez, I. D., Orozco-Chinome, J. E., Montaña-Gómez, L. M., Bolaño-Romero, M. P., Moscote-Salazar, L. R., Janjua, T., & Rahman, S. (2022). Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Annals of Medicine and Surgery*, 75, articolo 103380. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103380>
- Quill, T. E., & Battin, M. P. (2004). Physician-assisted dying: The case for palliative care and patient choice. *John Hopkins University Press*. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.510_5.x
- Ramos, K., Hastings, S. N., Bosworth, H. B., & Fulton, J. J. (2018). Life program: Pilot testing a palliative psychology group intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 21(11), 1641-1645. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0454>
- Richardson S. (2023). An international expansion in voluntary euthanasia/assisted dying: The implications for nursing. *International Nursing Review*, 70(1), 117-126. <https://doi.org/10.1111/inr.12807>
- Ricou, M., & Wainwright, T. (2019). The psychology of euthanasia: Why there are no easy answers. *European Psychologist*, 24(3), 243-256. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000331>
- Rush, C. L., Lester, E. G., Berry, J. D., Brizzi, K. T., Lindenberger, E. C., Curtis, J. R., & Vranceanu, A. M. (2023). A roadmap for early psychosocial support in palliative care for people impacted by ALS-reducing suffering, building resiliency, and setting the stage for delivering timely transdiagnostic psychosocial care. *Translational Behavioral Medicine*, 13(9), 722-726. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibad024>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). University of Rochester Press.
- Sanson, A., Dickens, E., Melita, B., Nixon, M., Rowe, J., Tudor, A., & Tyrrell, M. (1998). Psychological perspectives on euthanasia and the terminally ill: An Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 33(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/00050069808257255>
- Santini, A., Avagnina, I., Marinetto, A., De Tommasi, V., Lazzarin, P., Perilongo, G., & Benini, F. (2022). The intervention areas of the psychologist

- in pediatric palliative care: A retrospective analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, articolo 858812. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.858812>
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5)
- Selman, L., Beynon, T., Higginson, I. J., & Harding, R. (2007). Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1(4), 260-266. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3282f283a3>
- Sallnow L., Smith R., Ahmedzai S. H., Bhadelia A., Chamberlain C., Cong Y., Doble B., Dullie L., Durie R., Finkelstein E. A., Guglani S., Hodson M., Husebø B. S., Kellehear A., Kitzinger C., Knaul F. M., Murray S. A., Neuberger J., O'Mahony S., Rajagopal M. R., Russell S., Sase E., Sleeman K. E., Solomon S., Taylor R., Tutu van Furth M., & Wyatt K. (2018). Lancet commission on the value of death. *The Lancet*, 392(10155), 1291-1293.
- Strada, E. A. (2017). *Palliative psychology: Clinical perspectives on an emerging specialty*. Oxford University Press.
- Striano, P., Bifulco, F., & Servillo, G. (2009). The saga of Eluana Englaro: Another tragedy feeding the media. *Intensive Care Medicine*, 35, 1129-1131.
- Testoni I., Sposito, D. D., De Cataldo, L., & Ronconi, L. (2014). Life at all costs? Italian social representations of end-of-life decisions after president Napolitano's speech – Margin notes on withdrawing artificial nutrition and hydration. *Nutritional Therapy and Metabolism*, 32(3), 121-135. <http://dx.doi.org/10.5301/NTM.2014.12488>
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: psicologia del morire e Death Education*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I. (2020). *Psicologia palliativa: intorno all'ultimo compito evolutivo*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I., Orkibi, H., Benini, F., & Dagan, E. (2022). Editorial: The challenge of palliative psychology across the lifespan: Between new health emergencies and paradigm shifts. *Frontiers in Psychology*, 13, articolo 1028330. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1028330>
- Valentini, L. (2017). Dignity and human rights: A reconceptualisation. *Oxford Journal of Legal Studies*, 37(4), 862-885. <https://www.jstor.org/stable/48561018>.
- Vallerand, R. J. (2000). Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychological Inquiry*, 11(4), 312-318.
- Villani, D., Sorgente, A., Iannello, P., & Antonietti, A. (2019). The role of spirituality and religiosity in subjective well-being of individuals with different religious status. *Frontiers in Psychology*, 10, articolo 1525. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01525>
- Von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389-395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>
- Watson, M., Campbell, R., Vallath, N., Ward, S., & Wells, J. (Ed.) (2019). *Oxford handbook of palliative care*. Oxford University Press.
- Wood, J. (2022). Cicely Saunders, «Total Pain» and emotional evidence at the end of life. *Medical Humanities*, 48(4), 411-420. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>
- Zagonel V., Franciosi V., Brunello A., Biasco G., Broglia C., Cattaneo D., Cavanna L., Corsi D., Farina G., Fioretto L., Gamucci T., Lanzetta G., Magarotto R., Maltoni M., Marchetti P., Massa E., Mastromauro C., Melotti B., Meriggi F., Nacci A., Pavese I., Piva E., Quirino M., Roselli

M., Sacco C., Tonini G., Trentin L., Ucci G., Labianca R., Gori S., Pinto C., Cascinu S. Task Force: ESMO Italian DCs. (2017). Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care). *Tumori*, 103(1), 9-14.

<https://doi.org/10.5301/tj.5000593>

Zatti, P. (2012). Per un diritto gentile in medicina. Una proposta di idee in forma normativa. *Bioetica*, 44, 1-13. https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/2436/23141/9/b9036f6d23a1f8f9557976476dc4fb0d.pdf/file/Testo_DEF_zatti.pdf

The central role of palliative psychology in the different relational contexts of helping people to die

Summary. The article analyses some emerging aspects for contemporary psychology: the relationship between palliative care, the care plan shared with patients with an inauspicious prognosis, respect for the dignity of the dying person and his or her wishes, and the management of the request to die with the help of the doctor. The Italian regulatory horizon is therefore considered in relation to each of these nodes, and that which sanctions the role of the psychologist as an elective figure with respect to the management of each step. Since the founding ethical framework of palliative care excludes the possibility of considering a request for medically assisted voluntary death while, on the contrary, the bill on euthanasia currently at a standstill in the Senate assumes that such a request involves a prior palliative course on the part of the patient, the article reflects on the possibility for palliative psychology to consider the therapeutic continuity between the two polarities, proposing to use the alternative terms, proposed by the perspective of *Un Diritto Gentile* to which the law 219/17 is already owed, to indicate this continuity, with the indication of the shift from helping «in» dying to helping «at» dying. Deontological and methodological issues are finally considered, emphasising the importance of palliative psychology in adopting the integrated approach required in this field of intervention, as a function of respect for the principles of dignity and self-determination of patients. It is also highlighted how, in the field of death and dying, it is not possible to disregard the recognition of the psychological and social dynamics on which the meaning and value attributed to the finiteness of life are established.

Keywords: Palliative psychology, help in dying, medically assisted voluntary death, palliative care, dignity.

La corrispondenza va inviata a Ines Testoni, Dipartimento FISPPA, Università degli Studi di Padova, Via Venezia 14, 35125 Padova.

E-mail: ines.testoni@unipd.it